



Computertomographie

Qualitätssicherung

Georg-Voigt-Straße 15 • 60325 Frankfurt
Postfach 15 02 04 • 60062 Frankfurt
Internet: www.kvhessen.de

Ansprechpartner
Tel.: 069 79502-751 / -754
Fax: 069 79502-785

Dieses Formular ist nur von der Hersteller-/Lieferfirma auszufüllen!

Angaben zur apparativen Ausstattung Computertomographie

von Frau/Herrn Dr. med.: _____

Adresse: _____

Bestätigung zur Vorlage bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Wir bestätigen, dass die nachstehend aufgeführte Computertomographie-Einrichtung den Anforderungen an die apparative Ausstattung gemäß der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie vom 10. Februar 1993, in der ab 1. Oktober 2009 geltenden Fassung, entspricht.

Allgemeine Angaben zum Computertomographen:

Standort BSNR / NBSNR _____

Hersteller: _____

Typ-Bezeichnung: _____

Baujahr: _____

A. Generator

Typ-Bezeichnung: _____

Leistung mind. 10 kW bei 100 kV ja nein

B. Aufnahmeeinheit**Meßfeld:**

- mindestens 20 cm Durchmesser für den Kopf ja nein

- mindestens 40 cm Durchmesser für den Körperstamm ja nein

Digitale Übersichtsaufnahmen als Einstellhilfe ap und lateral:

- mindestens 20 x 20 cm für den Kopf ja nein

- mindestens 40 x 30 cm für den Körperstamm ja nein

Dünnste Schicht: höchstens 2 mm ja nein

Zwischen Abtastebene und Tischlängsachse Neigung von mindestens 20 o möglich ja nein

Auflösung:

Auflösung bei 50% Kontrast:

- mindestens 0,8 mm für den Kopf ja nein

- mindestens 1,2 mm für den Körperstamm ja nein

Auflösung bei 0,5% Kontrast:

- mindestens 7 mm für den Kopf ja nein

- mindestens 12 mm für den Körperstamm ja nein

Für die vorgenannten Bedingungen beträt die Scanzeit höchstens 5 sec. und die Dosis nicht mehr als 0,05 Gray, gemessen frei Luft in der Systemachse (DIN 6868, Teil 53) ja nein

C. REKONSTRUKTION

Datenspeicherungs- und Dokumentationsmöglichkeiten (*bitte angeben*):

Möglichkeit zur Darstellung von Schichten bis zur Senkrechten auf die axiale Ebene (*bitte angeben*):

D. ZUSÄTZLICHE ANFORDERUNGEN FÜR KNOCHENDICHTEMESSUNG MITTELS COMPUTERTOMOGRAPHIE

1. Meßfeldhomogenität:
≤ 8 CT-Zahlen (HU) ja nein
2. Reproduzierbarkeit:
± 3 CT-Zahlen (HU) ja nein
3. Meßfeldlinearität = L
L = ± 5 CT-Zahlen (HU) ja nein
Luft = - 1000 CT-Zahlen (HU)
Wasser = 0 CT-Zahlen (HU)
4. Referenzkörper (Feststoff oder Flüssigkeit) zur Messung
zusammen mit dem Patienten ja nein

Der Hersteller übernimmt die Haftung für die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift der
Hersteller-/Lieferfirma

Diese Fragen sind vom Arzt zu beantworten:

Standort der Computertomographie-Einrichtung / Eigentumsverhältnisse

- eigene Praxis mit BSNR _____ / NBSNR _____
- an anderer Stelle mit BSNR _____ / NBSNR _____
- Gemeinschaftliche Nutzung mit: _____
- Inbetriebnahme bzw. Mitbenutzung ab: _____

Weitere CT-Einrichtungen

Werden weitere Computertomographie-Einrichtungen, die vorstehend nicht genannt sind, betrieben bzw. mitbenutzt

ja nein

Falls ja, bitte folgendes angeben:

Standort BSNR / NBSNR: _____

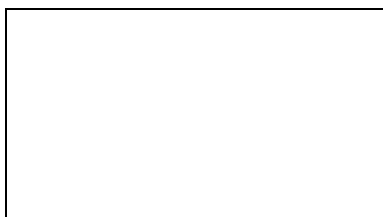
Bezeichnung der CT-Einrichtung: _____

Betreiber der CT-Einrichtung: _____

Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung der CT-Einrichtung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen mitzuteilen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Antragsstellers



ggf. Vertragsarztstempel

Gilt nur für angestellte Ärzte

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des ärztliche Leiters MVZ bzw.

Unterschrift des anstellenden Arztes